

FICHE DE SUIVI DE LA SCOLIOSE

Numéro de dossier : _____

Nom du patient : _____ Date de naissance : _____

Date de ménarche / mue de la voix / ménopause : _____

Antécédents médicaux : _____

Antécédents familiaux : _____

Médecin traitant : _____

Date : _____

Âge : _____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localisation : _____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localisation : _____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localisation : _____

Douleur Qualité : _____

Fréquence : _____

Agravation : _____

Soulagement : _____

Médicaments : _____

Qualité : _____

Fréquence : _____

Agravation : _____

Soulagement : _____

Médicaments : _____

Qualité : _____

Fréquence : _____

Agravation : _____

Soulagement : _____

Médicaments : _____

Signes vitaux PA (mm Hg) G ____/____ D ____/____

Pouls (batt./min): _____

Spirométrie

FEV : _____ FVC : _____

Auscultation: _____

PA (mm Hg) G ____/____ D ____/____

Pouls (batt./min) _____

Spirométrie

FEV : _____ FVC : _____

Auscultation: _____

PA (mm Hg) G ____/____ D ____/____

Pouls (batt./min) _____

Spirométrie

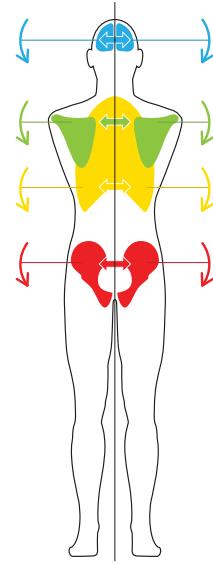
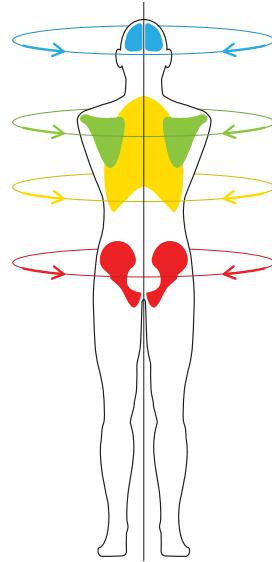
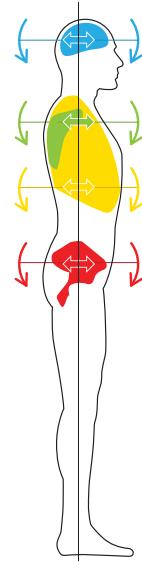
FEV : _____ FVC : _____

Auscultation: _____

Observations

Examen postural 3D

Palpation



	G	D
C/S		
AT1		
AX2		
3		
4		
5		
6		
7		
T/S		
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
L/S		
1		
2		
3		
4		
5		
S/I		

Encercler avec une couleur différente à chaque visite.

FICHE DE SUIVI DE LA SCOLIOSE (suite)

Date	T1-S1: _____ mm <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	T1-S1: _____ mm <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	T1-S1: _____ mm <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
Déjettement latéral (balance coronale)	T12-S1: _____ mm <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	T12-S1: _____ mm <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	T12-S1: _____ mm <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
	S1-Sol: _____ mm <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	S1-Sol: _____ mm <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	S1-Sol: _____ mm <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
Angle de taille ouvert	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Sym.	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Sym.	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Sym.
Déjettement AP (balance sagittale)	T1-S1: _____ mm <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	T1-S1: _____ mm <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	T1-S1: _____ mm <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P
	T12-S1: _____ mm <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	T12-S1: _____ mm <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	T12-S1: _____ mm <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P
	S1-Sol: _____ mm <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	S1-Sol: _____ mm <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	S1-Sol: _____ mm <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P
Omoplate proéminente	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite
Désorientation en 3D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Scoliomètre (Adam)	Apex ThH: _____ ° <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Apex ThH: _____ ° <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Apex ThH: _____ ° <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
	ThB: _____ ° <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	ThB: _____ ° <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	ThB: _____ ° <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
	Lomb: _____ ° <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Lomb: _____ ° <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Lomb: _____ ° <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
	S1: _____ ° <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	S1: _____ ° <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	S1: _____ ° <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
Poids / répartition	_____ /G : _____ D : _____	_____ /G : _____ D : _____	_____ /G : _____ D : _____
Taille (debout/assise)	D : _____ cm A : _____ cm	D : _____ cm A : _____ cm	D : _____ cm A : _____ cm
Examen orthopédique	Cervical-thoracique Distraction <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Compression Flex <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Ext <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Flex lat <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Max <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Kemps <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D TTMS <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Def. Thor <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Jackson <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Spurling <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Soto-Hall <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Schepelmann <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Percussion <input type="checkbox"/> Comp. Cost. <input type="checkbox"/>	Cervical-thoracique Distraction <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Compression Flex <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Ext <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Flex lat <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Max <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Kemps <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D TTMS <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Def. Thor <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Jackson <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Spurling <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Soto-Hall <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Schepelmann <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Percussion <input type="checkbox"/> Comp. Cost. <input type="checkbox"/>	Cervical-thoracique Distraction <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Compression Flex <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Ext <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Flex lat <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Max <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Kemps <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D TTMS <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Def. Thor <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Jackson <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Spurling <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Soto-Hall <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Schepelmann <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Percussion <input type="checkbox"/> Comp. Cost. <input type="checkbox"/>
	Lombaire Schober <input type="checkbox"/> Trendelenburg <input type="checkbox"/> Kemps <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Comp. SI <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Ely <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Faber-P. <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Distract SI <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D SLR/Lasègue <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Apex sacré <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Gaeslen <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Lombaire Schober <input type="checkbox"/> Trendelenburg <input type="checkbox"/> Kemps <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Comp. SI <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Ely <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Faber-P. <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Distract SI <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D SLR/Lasègue <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Apex sacré <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Gaeslen <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Lombaire Schober <input type="checkbox"/> Trendelenburg <input type="checkbox"/> Kemps <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Comp. SI <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Ely <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Faber-P. <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Distract SI <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D SLR/Lasègue <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Apex sacré <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Gaeslen <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D

FICHE DE SUIVI DE LA SCOLIOSE (suite)

Date	Amplitude des mouvements		Amplitude des mouvements		Amplitude des mouvements															
	Cou	Tronc	Cou	Tronc	Cou	Tronc														
Crâniens																				
Tirer la langue	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN	Tirer la langue	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN	Tirer la langue	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN												
Champs visuels	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN	Champs visuels	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN	Champs visuels	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN												
Sens. du visage	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN	Sens. du visage	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN	Sens. du visage	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN												
Manœuvre en H	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN	Manœuvre en H	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN	Manœuvre en H	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN												
Symétrie pupilles	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN	Symétrie pupilles	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN	Symétrie pupilles	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN												
Grand sourire	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN	Grand sourire	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN	Grand sourire	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN												
Myotomes																				
Deltoïdes	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D	Deltoïdes	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D	Deltoïdes	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D												
Ext. doigts	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D	Ext. doigts	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D	Ext. doigts	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D												
Ilio-psoas	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D	Ilio-psoas	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D	Ilio-psoas	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D												
Tibial ant.	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D	Tibial ant.	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D	Tibial ant.	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D												
Long ext. hallux	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D	Long ext. hallux	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D	Long ext. hallux	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D												
ROT (0 à 4+)																				
C5	G	—	D	—	C5	G	—	D	—											
C6	G	—	D	—	C6	G	—	D	—											
C7	G	—	D	—	C7	G	—	D	—											
L4-5	G	—	D	—	L4-5	G	—	D	—											
S1	G	—	D	—	S1	G	—	D	—											
Examen neurologique																				
Sensibilité																				
Vibration	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN	Vibration	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN	Vibration	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN												
Position	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN	Position	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN	Position	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN												
Toucher brut	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN	Toucher brut	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN	Toucher brut	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN												
Toucher léger	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN	Toucher léger	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN	Toucher léger	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN												
Graphesthésie	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN	Graphesthésie	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN	Graphesthésie	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN												
Stéréognosie	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN	Stéréognosie	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN	Stéréognosie	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AN												
Coordination																				
Démarche P/T/F	<input type="checkbox"/>	Démarche P/T/F	<input type="checkbox"/>	Babinski/Hoff.	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D	Babinski/Hoff.	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D											
				Clonus	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D	Clonus	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D											
				Cut. Abd.	<input type="checkbox"/>		Cut. Abd.	<input type="checkbox"/>												
				Sup. (T6-T7)	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D	Sup. (T6-T7)	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D											
				Moy. (T8-T10)	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D	Moy. (T8-T10)	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D											
				Inf. (T11-T12)	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D	Inf. (T11-T12)	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D											
				Romberg	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	Romberg	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -											
				Mvt alt.	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	Mvt alt.	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -											
				Valsalva/Dejerine	<input type="checkbox"/>		Valsalva/Dejerine	<input type="checkbox"/>												
Signe de Risser																				
	0	1	2	3	4	5		0	1	2	3	4	5							
Déformation costale																				
Niveaux :							Niveaux :							Niveaux :						

FICHE DE SUIVI DE LA SCOLIOSE (suite)

Date			
Torsion vertébrale (+ à +++)	ThH : _____ HORAIRE/ ANTI-HORAIRE ThB : _____ HORAIRE/ ANTI-HORAIRE Lomb. : _____ HORAIRE/ ANTI-HORAIRE	ThH : _____ HORAIRE/ ANTI-HORAIRE ThB : _____ HORAIRE/ ANTI-HORAIRE Lomb. : _____ HORAIRE/ ANTI-HORAIRE	ThH : _____ HORAIRE/ ANTI-HORAIRE ThB : _____ HORAIRE/ ANTI-HORAIRE Lomb. : _____ HORAIRE/ ANTI-HORAIRE
Examen radiologique coronal	____ ° Cobb ThH Apex : _____ Entre : _____ et : _____ ____ ° Cobb ThB Apex : _____ Entre : _____ et : _____ Distance T1 - S1 : _____ mm ____ ° Cobb Lomb Apex : _____ Entre : _____ et : _____ Distance T12 - S1 : _____ mm Listh : _____	____ ° Cobb ThH Apex : _____ Entre : _____ et : _____ ____ ° Cobb ThB Apex : _____ Entre : _____ et : _____ Distance T1 - S1 : _____ mm ____ ° Cobb Lomb Apex : _____ Entre : _____ et : _____ Distance T12 - S1 : _____ mm Listh : _____	____ ° Cobb ThH Apex : _____ Entre : _____ et : _____ ____ ° Cobb ThB Apex : _____ Entre : _____ et : _____ Distance T1 - S1 : _____ mm ____ ° Cobb Lomb Apex : _____ Entre : _____ et : _____ Distance T12 - S1 : _____ mm Listh : _____
Examen radiologique sagittal	____ ° Cobb Th (T2 - T12) Apex : _____ Distance T1 - T12 : _____ mm ____ ° Cobb Lomb (T12 - L5) Apex : _____ Distance T12 - S1 : _____ mm Distance T1 - S1 : _____ mm SBA: ____ ° Pl: ____ ° SPOND: ____ °	____ ° Cobb Th (T2 - T12) Apex : _____ Distance T1 - T12 : _____ mm ____ ° Cobb Lomb (T12 - L5) Apex : _____ Distance T12 - S1 : _____ mm Distance T1 - S1 : _____ mm SBA: ____ ° Pl: ____ ° SPOND: ____ °	____ ° Cobb Th (T2 - T12) Apex : _____ Distance T1 - T12 : _____ mm ____ ° Cobb Lomb (T12 - L5) Apex : _____ Distance T12 - S1 : _____ mm Distance T1 - S1 : _____ mm SBA: ____ ° Pl: ____ ° SPOND: ____ °
Densité osseuse Tissus mous	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN _____ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN _____	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN _____ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN _____	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN _____ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN _____
Dégénérescence articulaire	Niveau(x) : _____ <input type="checkbox"/> Lég. <input type="checkbox"/> Mod. <input type="checkbox"/> Sév.	Niveau(x) : _____ <input type="checkbox"/> Lég. <input type="checkbox"/> Mod. <input type="checkbox"/> Sév.	Niveau(x) : _____ <input type="checkbox"/> Lég. <input type="checkbox"/> Mod. <input type="checkbox"/> Sév.
Impression radiologique			
Diagnostic Diagnostic différentiel			
Classification de la scoliose			
Intervention recommandée	<input type="checkbox"/> Observation (_____ mois) <input type="checkbox"/> Exercices scoliose-spécifique <input type="checkbox"/> Corset orthopédique <input type="checkbox"/> Référence orthopédie		
	<input type="checkbox"/> Observation (_____ mois) <input type="checkbox"/> Exercices scoliose-spécifique <input type="checkbox"/> Corset orthopédique <input type="checkbox"/> Référence orthopédie		
	<input type="checkbox"/> Observation (_____ mois) <input type="checkbox"/> Exercices scoliose-spécifique <input type="checkbox"/> Corset orthopédique <input type="checkbox"/> Référence orthopédie		